

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS ADVANCE DIRECTIVE (SPANISH)

Una guía paso a paso para ayudarlo a tomar decisiones compartidas en lo que respecta a la atención a la salud en vistas al futuro



Por qué todos los adultos deben completar un documento de instrucciones anticipadas

Cuando cumplimos 18 años, podemos votar, alistarnos en el ejército y elegir lo que queremos con respecto a nuestra atención a la salud. Sin embargo, todos podríamos enfrentar una enfermedad o lesión grave a cualquier edad.

Las instrucciones anticipadas pueden aliviar el estrés de los miembros de la familia y los seres queridos en caso de que tengan que tomar decisiones vitales sobre su atención.

Felicitaciones por dar el primer paso para completar las instrucciones anticipadas. Este documento le permite nombrar a alguien para que lo represente en caso de que no pueda hacerlo por usted mismo. Esta persona se asegurará de que se cumplan sus deseos.

Swedish considera que todas las personas mayores de 18 años deberían tener instrucciones anticipadas. Proporciona información clave para su médico y familia:

- Qué tipo de tratamiento médico desea recibir
- Quién puede tomar decisiones por usted en caso de que no pueda tomarlas usted mismo

Tranquilidad

Las instrucciones anticipadas pueden ser simples o detalladas. Este folleto le permite decidir.

Simplemente puede nombrar a alguien para que tome decisiones en su nombre. O bien, puede incluir indicaciones sobre tratamientos, como resucitación cardiopulmonar (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR), ventilación mecánica (respirador) o inserción de una sonda de alimentación.

Si luego cambia de opinión acerca de una decisión que consta en sus instrucciones anticipadas, **puede revisar el documento en cualquier momento.**

Si quiere asegurarse de que se respeten sus valores, preferencias y prioridades, las instrucciones anticipadas pueden ayudarlo.

Aproveche sus instrucciones anticipadas al máximo

Hable con sus seres queridos.

Hablar con los miembros de la familia y amigos cercanos es muy importante. Pueden ayudar durante el proceso de toma de decisiones, pero recuerde, usted es el que mejor sabe lo que es importante para su vida. Manténgalos informados. Comparta sus pensamientos y elecciones con ellos ahora, antes de que surja una situación imprevista.

Hable con su médico.

Converse con su médico para asegurarse de que él o ella comprenda sus preferencias y sus objetivos para cualquier atención futura. Lo más fácil suele ser comenzar con lo básico. En una de sus próximas visitas, hable sobre lo que es importante para usted con respecto a su bienestar y atención a la salud.

Siempre es importante analizar los objetivos de cualquier tratamiento médico y atención que pueda recibir. Esto es crucial en caso de que haya habido un cambio en su salud

o si está bajo tratamiento por una condición médica. Su médico y otros proveedores de atención a la salud pueden garantizar que sus deseos se conozcan y cumplan, pero solo pueden hacerlo si usted ha puesto a disposición dicha información.

Registre sus deseos.

Una vez que haya elegido a alguien para que actúe como su representante de atención a la salud y haya decidido sus preferencias para la atención futura o los objetivos de la atención, complete los formularios en este folleto para registrar sus decisiones.

Complete sus instrucciones anticipadas.

Después de haber designado a su representante de atención a la salud o de haber registrado preferencias, el documento se debe firmar ante testigos o un notario.

Entregue su documento de instrucciones anticipadas completado.

Después de que usted y sus testigos (o notario) hayan firmado donde se indica, haga varias copias. Asegúrese de registrar sus deseos en nuestro sistema de historial médico. Entregue una copia a su médico de atención primaria y a su representante de atención a la salud. Si alguna vez debe ser hospitalizado, asegúrese de entregar una copia a su equipo de atención a la salud o de que su representante de atención a la salud lo haga.

Envíe a otras personas **SOLO** una fotocopia o una versión escaneada de sus instrucciones anticipadas. Guarde el original en un lugar seguro y de fácil acceso.

Continúe el diálogo.

Es posible que usted y su médico tengan varias conversaciones sobre su atención a la salud. Con el tiempo, sus deseos y objetivos pueden cambiar. Mantener el diálogo garantiza que todos conozcan sus preferencias actuales.

Puede cambiar de opinión en cualquier momento acerca de quién quiere que actúe como su representante de atención a la salud y sobre sus preferencias de atención a la salud. Para actualizar su información, complete un nuevo documento de instrucciones anticipadas. Avise a su representante de atención a la salud, su familia y su médico que ha revisado los formularios. Al igual que la primera vez, haga copias de los formularios actualizados para su representante de atención a la salud y su médico, y para archivar en el historial médico del hospital.

Nunca es demasiado tarde ni demasiado pronto para reflexionar sobre sus objetivos y deseos.

Actualice sus instrucciones anticipadas en las siguientes situaciones:

Si cambian las circunstancias de su vida, es una buena idea revisar sus opciones de atención a la salud. Es posible que desee modificar sus elecciones según las nuevas situaciones. A continuación se presentan algunos eventos destacados de la vida en los que se torna razonable revisar sus deseos de atención a la salud. Se los conoce como las cinco «D» (corresponden a sus nombres en inglés):

- 1. Década (Decade):** Al comienzo de cada nueva década de su vida o cuando experimenta un cambio significativo en su vida, como el cumpleaños número 18 de su hijo
- 2. Muerte (Death):** Cuando sucede la muerte de un ser querido
- 3. Divorcio (Divorce):** Cuando transita un divorcio u otro cambio familiar importante
- 4. Diagnóstico (Diagnosis):** Cuando se le diagnostica una afección de salud grave
- 5. Deterioro (Decline):** Cuando experimenta un deterioro significativo en su salud, en especial si no puede valerse por sí mismo



Preguntas frecuentes

¿Qué sucede si no elijo un representante de atención a la salud?

Si está muy enfermo para tomar sus propias decisiones, sus médicos recurrirán a miembros de la familia, amigos o un juez para que tome decisiones por usted. Si no tiene un representante de atención a la salud, estas personas pueden tomar decisiones que usted no desearía.

¿Mi representante de atención a la salud será responsable de mis facturas médicas?

No.

¿Necesito un abogado?

No. La ley no exige que un abogado complete las instrucciones anticipadas. Dos testigos o un notario público serán suficientes.

¿Qué sucede si cambio de opinión?

Puede cambiar sus elecciones en cualquier momento. La mejor manera de realizar cambios es completar una nueva instrucción anticipada, que incluye una firma ante testigos o un notario público. Informe a todos aquellos que deben estar al tanto de sus nuevas instrucciones anticipadas.

¿Qué sucede si no quiero completar el paso para tomar mis decisiones de atención a la salud (o testamento en vida)?

Está bien. Cuando elija a su representante de atención a la salud (o apoderado), hable con ellos sobre sus deseos.

¿Cuál es la diferencia entre las instrucciones anticipadas y un formulario POLST?

POLST es una sigla en inglés y significa "Orden médica para el tratamiento de prolongación de la vida". Un formulario POLST complementa las instrucciones anticipadas y no pretende reemplazarla. Se recomienda un formulario POLST para personas de cualquier edad que padezcan una enfermedad grave. Este formulario proporciona órdenes médicas para un tratamiento actual que guían las acciones del personal de la ambulancia o de los técnicos médicos de emergencia. Este formulario, cuando está disponible en este entorno, también guía las decisiones de tratamiento de pacientes hospitalizados.

Un profesional de la atención a la salud completa el formulario después de tener una conversación con el paciente; el médico y el paciente (o el representante de atención a la salud) deben firmar el formulario POLST para que sea válido.

Cómo completar el formulario

Las instrucciones anticipadas

Puede completar un documento de instrucciones anticipadas siguiendo estos cinco sencillos pasos:

Paso 1: Elija su representante de atención a la salud.

Paso 2: Haga sus elecciones de atención a la salud.

Paso 3: Describa la autoridad que tiene su representante de atención a la salud.

Paso 4: Firme el formulario.

Paso 5: Envíe una copia de sus instrucciones anticipadas completada.



PASO 1: Elija su representante de atención a la salud.

Si no puede tomar sus propias decisiones, nombre a alguien en quien confíe para que tome decisiones de atención a la salud por usted. Piense en sus seres queridos: familiares y amigos. Seleccione a alguien para que sea su representante de atención a la salud. Pregúntele a esa persona si está dispuesta a hacer esto por usted.

Elija un miembro de la familia o amigo que:

- Sea mayor de 18 años y lo conozca bien
- Esté dispuesto a hacer esto por usted
- Sea capaz de tomar decisiones difíciles de acuerdo con sus deseos
- Comunique de manera efectiva la información que usted proporciona en este paquete a los proveedores de atención a la salud y miembros de su familia

Su representante de atención a la salud puede:

- Decidir dónde recibirá atención
- Seleccionar o despedir proveedores de atención a la salud
- Aceptar o rechazar medicamentos, análisis, tratamientos
- Decidir qué hacer con su cuerpo y órganos después de su muerte
- Tomar las medidas legales necesarias para que se cumplan sus deseos

Su representante **no puede** ser su médico ni alguien que trabaje en el hospital o clínica donde recibe atención, a menos que él o ella sea un miembro de su familia.

Nombre a su representante de atención a la salud.

1) Quiero que esta persona tome mis decisiones médicas en caso de que yo no pueda:

Nombre	Apellido	Parentesco	
Número de teléfono fijo/celular	Número de teléfono laboral	Correo electrónico	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Si la primera persona designada no puede tomar mis decisiones médicas, quiero que esta otra persona lo haga:

Nombre	Apellido	Parentesco	
Número de teléfono fijo/celular	Número de teléfono laboral	Correo electrónico	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

2) Marque con una X la afirmación con la que esté de acuerdo:

- Mi representante de atención a la salud tomará decisiones por mí **solo** cuando ya no pueda tomar mis propias decisiones.
- Mi representante de atención a la salud puede tomar decisiones por mí **a partir de este momento**, luego de firmar el formulario.

Estas instrucciones anticipadas pertenecen a: (escriba su nombre en letra de imprenta en este renglón) Fecha de nacimiento

Estas instrucciones anticipadas y la designación de un representante de atención a la salud cumplen con las secciones correspondientes de la Ley de Muerte Natural (Natural Death Act) de Washington (capítulo 70.122 del Código Revisado de Washington) y la Ley Uniforme de Poder Notarial (Uniform Power of Attorney Act) (capítulo 11.125 del Código Revisado de Washington), y el capítulo 71.32 del Código Revisado de Washington.

PASO 2: Haga sus elecciones de atención a la salud.

¿Qué hace que valga la pena seguir con vida?

1) Elija A o B:

- A) Siempre vale la pena seguir con vida, no importa cuán enfermo esté
- B) Solo vale la pena seguir con vida si (marque todas las opciones que sean verdaderas para usted):
- Puedo hablar con familiares y amigos
 - Puedo despertarme de un coma
 - Puedo alimentarme, bañarme o cuidarme
 - Puedo estar sin sentir dolor
 - Puedo vivir sin estar conectado a máquinas
 - No estoy seguro

2) Si estoy muriendo, es importante para mí (elijá una opción):

- Estar en mi hogar
- Estar en un hospital u otro centro de atención
- No es importante para mí dónde recibo atención

Religión o creencias espirituales

1) ¿Es la religión o la espiritualidad importante para usted?

- Sí No

2) ¿Tiene una religión o profesa una fe? En caso afirmativo, ¿cuál?

3) ¿Qué deben saber sus médicos acerca de sus creencias religiosas o espirituales?

Estas instrucciones anticipadas pertenecen a: (escriba su nombre en letra de imprenta en este renglón) Fecha de nacimiento

Estas instrucciones anticipadas y la designación de un representante de atención a la salud cumplen con las secciones correspondientes de la Ley de Muerte Natural (Natural Death Act) de Washington (capítulo 70.122 del Código Revisado de Washington) y la Ley Uniforme de Poder Notarial (Uniform Power of Attorney Act) (capítulo 11.125 del Código Revisado de Washington), y el capítulo 71.32 del Código Revisado de Washington.

PASO 2: Haga sus elecciones de atención a la salud, continuación.

Soporte vital

Se pueden usar procedimientos de soporte vital para tratar de mantenerlo con vida. Estos incluyen las siguientes opciones:

CPR o resucitación cardiopulmonar, esto puede implicar:

- Presionar fuerte su pecho para mantener el bombeo sanguíneo
- Descargas eléctricas para que su corazón vuelva a latir
- Medicamentos por vía intravenosa

Respirador o ventilador: esta máquina bombea aire a los pulmones y realiza la actividad respiratoria por usted a través de un tubo que se coloca en su garganta. No puede hablar ni comer cuando está conectado a la máquina.

Diálisis: esta máquina limpia la sangre cuando los riñones dejan de funcionar.

Sonda de alimentación: este tubo proporciona alimentos a su cuerpo en caso de que no pueda tragar. El tubo pasa por su garganta hasta llegar al estómago. También se puede colocar mediante una cirugía.

Transfusión de sangre: esto implica introducir sangre en sus venas.

Cirugía o medicamentos

Marque con una X la afirmación con la que esté más de acuerdo.

Si mi enfermedad está muy avanzada y, posiblemente, muera pronto:

- Intentar con todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos creen que podrían ayudar. Si los tratamientos no funcionan y hay pocas esperanzas de que mejore, **quiero permanecer conectado a máquinas de soporte vital**, incluso si estoy sufriendo.
- Intentar con todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos creen que podrían ayudar. Si los tratamientos no funcionan y hay pocas esperanzas de que mejore, **NO quiero permanecer conectado a máquinas de soporte vital**. Si estoy sufriendo, quiero que se suspendan los tratamientos de soporte vital para que pueda morir naturalmente.
- NO quiero recibir tratamientos de soporte vital**. Quiero que se priorice mi comodidad. Prefiero tener una muerte natural.
- Quiero que mi **representante de atención a la salud** tome la decisión.
- No estoy seguro de lo que me gustaría hacer.



Estas instrucciones anticipadas pertenecen a: (escriba su nombre en letra de imprenta en este renglón)

Fecha de nacimiento

Estas instrucciones anticipadas y la designación de un representante de atención a la salud cumplen con las secciones correspondientes de la Ley de Muerte Natural (Natural Death Act) de Washington (capítulo 70.122 del Código Revisado de Washington) y la Ley Uniforme de Poder Notarial (Uniform Power of Attorney Act) (capítulo 11.125 del Código Revisado de Washington), y el capítulo 71.32 del Código Revisado de Washington.

PASO 2: Haga sus elecciones de atención a la salud, continuación.

Donación de órganos

Sus médicos pueden preguntarle qué opina sobre la donación de órganos y la autopsia después de su muerte. Donar órganos puede ayudar a salvar vidas. Marque con una **X** la **única** opción con la que esté más de acuerdo.

- Sí** quiero donar mis órganos:
- Se pueden utilizar todos los órganos.
 - Solo ciertos órganos (especifique qué órganos o tejidos desea donar).

- No** quiero donar ninguno de mis órganos.
- Quiero que mi **representante de atención a la salud** tome la decisión.
- No estoy seguro de lo que me gustaría hacer.

Autopsia

Después de que alguien muere se puede realizar una autopsia para determinar por qué murió. Es un procedimiento quirúrgico. Puede llevar algunos días. En algunos casos, es posible que la ley exija la autopsia. Marque con una **X** la **única** opción con la que esté más de acuerdo.

- Sí** quiero que me realicen una autopsia.
- No** quiero que me realicen a una autopsia.
- Quiero que me realicen a una autopsia **solo si hay dudas** sobre la(s) causa(s) de mi muerte.
- Quiero que mi **representante de atención a la salud** tome la decisión.
- No estoy seguro de lo que me gustaría hacer.

Estas instrucciones anticipadas pertenecen a: (escriba su nombre en letra de imprenta en este renglón) Fecha de nacimiento

Estas instrucciones anticipadas y la designación de un representante de atención a la salud cumplen con las secciones correspondientes de la Ley de Muerte Natural (Natural Death Act) de Washington (capítulo 70.122 del Código Revisado de Washington) y la Ley Uniforme de Poder Notarial (Uniform Power of Attorney Act) (capítulo 11.125 del Código Revisado de Washington), y el capítulo 71.32 del Código Revisado de Washington.

PASO 2: Haga sus elecciones de atención a la salud, continuación.

Otros aspectos a considerar:

¿Qué otros deseos son importantes para usted después de su muerte? Por ejemplo, ¿hay cuestiones culturales, religiosas o espirituales sobre cómo tratar su cuerpo que su equipo de atención a la salud deba saber?

¿Hay alguien con quien nos debemos contactar para cumplir con sus deseos funerarios?

Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

Estas instrucciones anticipadas pertenecen a: (escriba su nombre en letra de imprenta en este renglón) Fecha de nacimiento

Estas instrucciones anticipadas y la designación de un representante de atención a la salud cumplen con las secciones correspondientes de la Ley de Muerte Natural (Natural Death Act) de Washington (capítulo 70.122 del Código Revisado de Washington) y la Ley Uniforme de Poder Notarial (Uniform Power of Attorney Act) (capítulo 11.125 del Código Revisado de Washington), y el capítulo 71.32 del Código Revisado de Washington.

PASO 3: Describa la autoridad que tiene su representante de atención a la salud.

Su representante de atención a la salud puede ayudarlo a tomar las siguientes decisiones sobre estos temas:

Tratamientos de soporte vital (atención médica para ayudarlo a prolongar la vida):

- CPR o resucitación cardiopulmonar
- Respirador o ventilador
- Diálisis
- Sonda de alimentación
- Transfusión de sangre
- Cirugía
- Medicamentos

Atención terminal

Si su muerte es inminente, su representante de atención a la salud puede:

- Llamar a un líder espiritual
- Decidir si usted muere en su hogar o en el hospital
- Decidir si se realizará una autopsia
- Decidir si se pueden donar sus órganos
- Decide dónde debe ser enterrado o cremado

¿Cómo desea que su representante de atención a la salud cumpla con sus deseos médicos?

Marque con una **X** la afirmación con la que esté más de acuerdo:

- Flexibilidad total:** Acepto que mi representante de atención a la salud cambie **cualesquiera** de mis decisiones médicas si, después de hablar con mis médicos, él/ella piensa que es lo mejor para mí en ese momento.
- Flexibilidad parcial:** Acepto que mi representante de atención a la salud cambie **algunas** de mis decisiones médicas si, después de hablar con mis médicos, él/ella piensa que es lo mejor para mí en ese momento.
- Flexibilidad mínima:** Quiero que mi representante de atención a la salud cumpla mis deseos médicos de la manera más estricta posible. Quiero que se respeten mis decisiones, incluso si los médicos recomiendan lo contrario.

Si es necesario, use páginas adicionales para responder las siguientes preguntas.

Estos son algunos de mis deseos que realmente quiero que se respeten:

Escriba cualquier decisión que **no** quiera que tome su representante de atención a la salud:

Estas instrucciones anticipadas pertenecen a: (escriba su nombre en letra de imprenta en este renglón) Fecha de nacimiento

Estas instrucciones anticipadas y la designación de un representante de atención a la salud cumplen con las secciones correspondientes de la Ley de Muerte Natural (Natural Death Act) de Washington (capítulo 70.122 del Código Revisado de Washington) y la Ley Uniforme de Poder Notarial (Uniform Power of Attorney Act) (capítulo 11.125 del Código Revisado de Washington), y el capítulo 71.32 del Código Revisado de Washington.

PASO 4: Firma el formulario.

Su firma

Antes de poder utilizar este formulario, debe:

- Firmar este formulario si es mayor de 18 años
- Solicitar que dos testigos firmen el formulario que un notario público lo certifique
- Firmar el formulario ante sus testigos o solicitar que un notario público certifique que firmó el formulario

Firme con su nombre y escriba la fecha.

Firma		Fecha	
Nombre en letra de imprenta			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Testigos

Antes de poder utilizar este formulario, debe solicitar que dos testigos firmen el formulario que un notario público lo certifique.

Sus testigos deben:

- Ser mayores de 18 años
- Conocerlo
- Verlo firmar este formulario

Sus testigos no pueden:

- Ser la persona que nombró como su representante de atención a la salud
- Ser su médico u otro proveedor de atención a la salud
- Trabajar para su centro médico ni para su proveedor de atención a la salud
- Trabajar en el lugar donde vive
- Estar relacionado con usted de ninguna manera
- Beneficiarse a nivel financiero (ser elegibles para recibir dinero o propiedades) después de su muerte

Si no tiene dos testigos, un notario público puede firmar en la página 13.

Estas instrucciones anticipadas pertenecen a: (escriba su nombre en letra de imprenta en este renglón) Fecha de nacimiento

Estas instrucciones anticipadas y la designación de un representante de atención a la salud cumplen con las secciones correspondientes de la Ley de Muerte Natural (Natural Death Act) de Washington (capítulo 70.122 del Código Revisado de Washington) y la Ley Uniforme de Poder Notarial (Uniform Power of Attorney Act) (capítulo 11.125 del Código Revisado de Washington), y el capítulo 71.32 del Código Revisado de Washington.

PASO 4: Firme el formulario, continuación.

Firmas de los testigos

Solicite que sus testigos completen esta página.

Al firmar, prometo que vi a _____ firmar este formulario.

Creo que él/ella pensaba con claridad y no se vio obligado(a) a firmar este formulario.

También confirmo que:

- Conozco a esta persona y él/ella podría probar quién era
- Soy mayor de 18 años
- No soy su representante de atención a la salud
- No soy su proveedor de atención a la salud
- No trabajo para su proveedor de atención a la salud
- No trabajo donde él/ella vive
- No estoy relacionado con él/ella de ninguna manera
- No me beneficiaré a nivel financiero (ser elegible para recibir dinero o propiedades) después de que él/ella muera

Testigo n.º 1

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Dirección

Ciudad

Estado Código postal

Testigo n.º 2

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Dirección

Ciudad

Estado Código postal

Estas instrucciones anticipadas pertenecen a: (escriba su nombre en letra de imprenta en este renglón) Fecha de nacimiento

Estas instrucciones anticipadas y la designación de un representante de atención a la salud cumplen con las secciones correspondientes de la Ley de Muerte Natural (Natural Death Act) de Washington (capítulo 70.122 del Código Revisado de Washington) y la Ley Uniforme de Poder Notarial (Uniform Power of Attorney Act) (capítulo 11.125 del Código Revisado de Washington), y el capítulo 71.32 del Código Revisado de Washington.

— PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE —

PASO 4: Firme el formulario: firma de notario público, según corresponda.

El notario público le exigirá que tenga una identificación con foto, como una licencia de conducir o pasaporte.

Estado de Washington

Condado de _____

Certifico que sé o tengo evidencia válida de que

(Nombre)

es la persona que compareció ante mí, y dicha persona reconoció que él/ella firmó este instrumento y reconoció que es su acto libre y voluntario para los usos y propósitos mencionados en el instrumento.

Fecha: _____

(Firma del notario público)

Cargo: _____

(Sello notarial)

Mi nombramiento vence: _____

Estas instrucciones anticipadas pertenecen a: (escriba su nombre en letra de imprenta en este renglón) Fecha de nacimiento

Estas instrucciones anticipadas y la designación de un representante de atención a la salud cumplen con las secciones correspondientes de la Ley de Muerte Natural (Natural Death Act) de Washington (capítulo 70.122 del Código Revisado de Washington) y la Ley Uniforme de Poder Notarial (Uniform Power of Attorney Act) (capítulo 11.125 del Código Revisado de Washington), y el capítulo 71.32 del Código Revisado de Washington.

PASO 5: Envíe una copia de sus instrucciones anticipadas completada.

Una vez que haya firmado sus instrucciones anticipadas ante testigos o un notario, guarde el original y haga copias de las páginas 5 a 14 para entregar a su(s):

- Representante de atención a la salud
- Proveedores médicos
- Hospital
- Familiares y amigos

Opciones para entregar sus instrucciones anticipadas completadas:

En su próxima visita, entregue una COPIA a su médico de Swedish Health Services, clínica de atención primaria u hospital preferido.

También puede entregar una COPIA utilizando el sobre estampado con su dirección (si se le proporcionó uno).

Puede encontrar más información sobre cómo completar o entregar sus instrucciones anticipadas en los siguientes sitios web de Swedish y Providence:

- www.swedish.org/AD
- www.swedish.org/patient-visitor-info (haga clic en el enlace "Advance Directive" [Instrucciones anticipadas])
- www.providence.org/InstituteForHumanCaring

Si tiene más preguntas, comuníquese con su médico de Swedish Health Services, clínica de atención primaria u hospital preferido.

Estas instrucciones anticipadas pertenecen a: (escriba su nombre en letra de imprenta en este renglón) Fecha de nacimiento

Estas instrucciones anticipadas y la designación de un representante de atención a la salud cumplen con las secciones correspondientes de la Ley de Muerte Natural (Natural Death Act) de Washington (capítulo 70.122 del Código Revisado de Washington) y la Ley Uniforme de Poder Notarial (Uniform Power of Attorney Act) (capítulo 11.125 del Código Revisado de Washington), y el capítulo 71.32 del Código Revisado de Washington.

Aviso de no discriminación y derechos de accesibilidad

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discriminamos por motivo de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. No excluimos personas ni las tratamos de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Nosotros:

- (1) Proporcionamos asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como: (a) intérpretes de lenguaje de señas calificados; (b) información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- (2) Proporcionamos servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como: (a) intérpretes calificados; (b) información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de los servicios mencionados, comuníquese con el coordinador de derechos civiles correspondiente que figura a continuación. Si necesita Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones, llame al 1 800 833 6384 o al 7 1 1.

Si cree que Swedish no le proporcionó estos servicios o siente que ha sido discriminado de alguna manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante nosotros comunicándose con el coordinador de derechos civiles de su lugar de servicio, como se indica a continuación:

Lugar de servicio	Coordinador de derechos civiles
Todos los lugares excepto Swedish Edmonds	Coordinador de derechos civiles, 101 W. 8th Ave., Spokane, WA 99204 Teléfono: 1 844 469 1775; línea para intérprete: 1 888 311 9127 Correo electrónico: Nondiscrimination.WA@providence.org
Swedish Edmonds	Coordinador de derechos civiles (control de camas), 21601 76th Ave. W. Edmonds, WA 98026 Teléfono: 1 844 469 1775; línea para intérprete: 1 888 311 9178 Correo electrónico: Nondiscrimination.SHS@providence.org
Servicios para personas de la tercera edad	Coordinador de derechos civiles, 2811 S. 102nd St., Suite 220, Tukwila, WA 98168 Teléfono: 1 844 469 1775; línea para intérprete: 1 888 311 9127 Correo electrónico: Nondiscrimination.pscs@providence.org

Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, uno de los coordinadores de derechos civiles antes mencionados estará disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por vía electrónica a través del Portal de Quejas de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW
Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201
1 800 368 1019, 800 537 7697 (TDD).

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

We do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in our health programs and activities.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711).

注意：如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn dành cho bạn. Gọi số 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (телетайп: 711).

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններ: Ձանգահարեք 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (հեռախոս (TTY) 711)։

يرجى الانتباه: إذا كنتم تتكلمون اللغة العربية، فأعلموا أن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة مجاناً لكم. اتصلوا برقم الهاتف 888-311-9127 [أو برقم الهاتف 888-311-9178 عند الاتصال بالمركز الطبي السويدي في إدموندز (Swedish Edmonds)] (أو بخط المبرقة الكاتبة TTY لضعاف السمع والنطق على الرقم 711).

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با شماره 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY:711) تماس بگیرید.

注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY:711)まで、お電話にてご連絡ください。

ਧਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਿ ਚੇ, ਤਾਂ ਤਾਮਾ ਯਦਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਿ ਚੈ। 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

សូមចាំអរម្មណ៍៖ ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ នោះសេវាជំនួយផ្នែកភាសានឹងមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711)។

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711) पर कॉल करें।

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, koj tuaj yeem siv cov kev pab txhais lus pub dawb. Hu rau 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711).

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริ การความช่วยเหลือทางภาษาได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711)

1717763 Swedish 01/17

